



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Tamiris Marques Araujo

Perfil epidemiológico da população usuária de álcool e/ou drogas com notificação de tuberculose na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023.

Rio de Janeiro

2024

Perfil epidemiológico da população usuária de álcool e/ou drogas com notificação de tuberculose na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023

Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Enfermeiro Especialista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Orientador (a) (es): Prof.^a Dra. Carolina Manhães Moura Reis

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, minha fonte inesgotável de força, sabedoria e inspiração, dedico o início, o percurso e a conclusão deste trabalho. Sem Sua graça e presença constante, este sonho não teria sido possível. Nos momentos mais desafiadores, foi Sua luz que iluminou meu caminho, renovando minha fé e esperança. A Ele, minha eterna gratidão por me guiar e abençoar em cada passo desta jornada acadêmica e pessoal.

Ao meu esposo Ricardo, meu companheiro de vida, dedico este trabalho como um agradecimento por seu amor, paciência e apoio incondicional. Nos momentos de cansaço, foi seu encorajamento que me deu forças para seguir em frente. Sua parceria e compreensão fizeram toda a diferença nesta trajetória, e sou profundamente grata por ter você ao meu lado.

Às minhas filhas Raiany e Rayssa, que são minha maior inspiração, dedico este TCR com todo o amor. Cada sorriso, abraço e palavra de carinho foram combustível para meus esforços. Vocês me motivam a buscar sempre o melhor e a acreditar no poder do exemplo. Que este trabalho sirva como prova de que, com determinação e fé, é possível alcançar nossos sonhos.

À minha família, minha base e refúgio, dedico este trabalho com o coração cheio de gratidão. A cada palavra de apoio, gesto de cuidado e oração por mim direcionada, vocês me fortaleceram para continuar. Obrigada por acreditarem no meu potencial e celebrarem comigo cada conquista ao longo do caminho.

À minha orientadora, minha guia nesta caminhada, dedico minha profunda admiração e respeito. Sua paciência, dedicação e conhecimentos foram indispensáveis para a realização deste trabalho. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidei, e por me ensinar tanto ao longo desta jornada.

Às minhas amigas, companheiras de jornada, dedico este trabalho como uma forma de agradecer pelo carinho, apoio e incentivo. Suas palavras de encorajamento e presença constante tornaram este percurso mais leve e alegre. Obrigada por celebrarem comigo as vitórias e estarem ao meu lado nos desafios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Carolina Reis, pela paciência, dedicação e orientações valiosas que guiaram cada etapa deste trabalho. À minha preceptora Cintia Santos, pela disponibilidade, incentivo e contribuições práticas que enriqueceram meu aprendizado. Ao Programa de Residência, por oferecer uma formação de excelência e pela oportunidade de crescimento profissional. A todos os colegas profissionais que fizeram parte dessa trajetória, minha gratidão por cada troca de conhecimento e apoio. Sem o auxílio de cada um de vocês, esta conquista não seria possível.

RESUMO

ARAUJO, Tamiris Marques Araujo. *Perfil epidemiológico da população usuária de álcool e/ou drogas com notificação de tuberculose na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023*, em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O presente estudo teve como objetivo geral identificar o perfil populacional de usuários de álcool e outras drogas com notificação de tuberculose na Área Programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro, entre 2019 e 2023. Tratou-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva com abordagem quantitativa, baseada na análise de dados secundários obtidos por meio de fontes governamentais, como os portais TABNET Municipal e EpiRio. A amostra incluiu indivíduos residentes na região, sendo analisados aspectos relacionados à faixa etária, sexo, raça/cor, além da continuidade e desfecho do tratamento (cura, abandono, abandono primário). Os resultados evidenciaram um aumento no número de notificações ao longo do período, atingindo o maior registro em 2023. A predominância foi de homens jovens (20 a 29 anos) e indivíduos de raça/cor parda. A mediana da idade manteve-se estável, oscilando entre 33 e 36 anos. Em relação aos desfechos, destacaram-se 160 casos de abandono e 215 de abandono primário, sem registros de cura nos cinco anos analisados. Esses achados apontam para a necessidade de ações específicas voltadas à adesão ao tratamento e redução de danos entre os usuários de álcool e drogas, com estratégias de acolhimento, entrega facilitada de medicamentos e educação em saúde. Conclui-se que a integração de políticas públicas e intervenções breves, como o aconselhamento e estratégias de redução de danos, são fundamentais para minimizar os impactos do uso de substâncias durante o tratamento da tuberculose e promover melhores desfechos clínicos na população estudada.

Palavras-chave: Tuberculose, notificação, álcool e/ou drogas.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1–	Número de notificações por ano.....	21
Gráfico 2 –	Distribuição por sexo em cada ano.....	21
Gráfico 3 –	Distribuição por raça/cor em cada ano.....	22
Gráfico 4 –	Pirâmides etárias por faixa etária e sexo em cada ano.....	23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Quadro de casos de tuberculose no município do Rio de Janeiro por	ano	26
.....			

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Tabela de casos por ano diagnóstico segundo município, notificação	e	AP	27
.....				

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AP	Área Programática
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
CAS	Coordenação de Atenção à Saúde
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOT	Tratamento Diretamente Observado (Directly Observed Treatment)
EpiRio	Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
MDR-TB	Tuberculose Multirresistente (Multidrug-Resistant Tuberculosis)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Região Administrativa
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SITE-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TABNET	Tabulação de Dados em Ambiente Web (sistema de consulta e análise de dados)
TB	Tuberculose
UF	Unidade da Federação
XDR-TB	Unidade de Saúde da Família
Xpert	Tuberculose Extensivamente Resistente (Extensively Drug-Resistant
MTB/RIF	Tuberculosis)
	Teste molecular para diagnóstico de tuberculose e resistência à rifampicina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
2	OBJETIVO.....	07
2.1	GERAL.....	07
2.2	ESPECÍFICO.....	07
3	JUSTIFICATIVA.....	08
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
5	METODOLOGIA.....	18
6	RESULTADO/DISCUSSÃO.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
8	REFERÊNCIAS.....	32

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como uma das principais causas de morbimortalidade global, especialmente em países em desenvolvimento, apesar dos avanços na prevenção e tratamento. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenha um papel crucial na detecção precoce, tratamento e controle da doença, com ações direcionadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças na comunidade. No entanto, o sucesso dessas intervenções pode ser comprometido pelo uso concomitante de álcool e drogas ilícitas, que representam um desafio significativo para a adesão ao tratamento e a eficácia das medidas terapêuticas (BRASIL,2019)

O Rio de Janeiro apresenta uma incidência significativa de tuberculose, com áreas específicas da cidade registrando taxas mais elevadas. De acordo com dados do Ministério da Saúde do Brasil, em 2020 foram notificados aproximadamente 4.900 casos novos de tuberculose na cidade do Rio de Janeiro. A taxa de incidência é mais alta em algumas regiões mais vulneráveis, como as favelas, onde as condições de vida precárias e a densidade populacional contribuem para a propagação da doença (DATASUS, 2020)

A tuberculose no Rio de Janeiro é um sério problema de saúde pública, com a cidade registrando taxas de incidência superiores à média nacional. Em 2023, o Rio de Janeiro apresentou uma taxa de incidência de 75,4 casos por 100 mil habitantes, destacando-se como uma das mais elevadas do Brasil([EpiRio](#)).

As zonas norte e oeste da cidade são as áreas mais afetadas, principalmente devido a fatores socioeconômicos e à alta densidade populacional. A população em situação de rua e pessoas privadas de liberdade são particularmente vulneráveis, com a incidência entre as pessoas privadas de liberdade sendo 28 vezes maior do que na população em geral([EpiRio](#)).

Em 2023, foram registrados 7.629 novos casos de tuberculose no município do Rio de Janeiro. Entre 2013 e 2023, observou-se uma tendência geral de aumento dos casos ao longo dos dez anos, com uma exceção em 2020, ano marcado pelo início da pandemia de COVID-19, quando houve uma queda significativa na incidência,

atingindo o menor coeficiente do período, com 99,7 casos por 100 mil habitantes. No entanto, a partir de 2021, com a reorganização e melhoria no acesso aos serviços de saúde, a taxa de incidência voltou a crescer, alcançando em 2023 o maior índice registrado no período, com 114,7 casos por 100 mil habitantes(EpiRio).

Vários fatores de risco estão associados à tuberculose no Rio de Janeiro, incluindo a coinfeção com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o consumo de drogas, a desnutrição, o tabagismo, e condições de habitação inadequadas. A concentração de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconômica em áreas urbanas desfavorecidas cria um ambiente propício para a transmissão da doença (MELO et al., 2019).

A vulnerabilidade é um conceito fundamental para entender os fatores que expõem certos grupos a riscos sociais e de saúde, sendo definida pela interação de aspectos sociais, econômicos e ambientais que limitam o acesso a recursos e oportunidades. Essa condição aumenta a suscetibilidade de determinadas populações a doenças, violência e exclusão social. Segundo Ayres et al. (2003), a vulnerabilidade pode ser compreendida em três dimensões: individual, social e programática. A dimensão individual refere-se às características pessoais, como condições de saúde e comportamentos; a dimensão social, às condições socioeconômicas e culturais; e a programática, à qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde e políticas públicas. Esse conceito permite uma abordagem mais abrangente, que busca entender as desigualdades que afetam a saúde e o bem-estar de populações marginalizadas.

A vulnerabilidade é um conceito central para entender a exposição desigual à tuberculose (TB), especialmente em populações de baixa renda e em condições de vida precárias. A TB é uma doença associada a fatores sociais e econômicos, e a vulnerabilidade aumenta a suscetibilidade a essa infecção devido a barreiras no acesso à saúde, baixa qualidade de moradia, desnutrição e condições ambientais adversas (Ayres et al., 2003).

Pessoas em situação de vulnerabilidade, como moradores de áreas urbanas densamente povoadas e pessoas em situação de rua, têm maior risco de exposição à TB e enfrentam mais dificuldades para acessar diagnóstico e tratamento

adequados. A falta de adesão ao tratamento é mais comum nesses grupos, devido às barreiras logísticas e socioeconômicas, o que contribui para a disseminação da doença e aumenta as chances de desenvolvimento de TB resistente a medicamentos (Melo et al., 2021).

A compreensão das dimensões da vulnerabilidade – individual, social e programática – permite uma abordagem mais eficaz no controle da TB, com estratégias que visam não apenas o tratamento, mas a melhoria das condições de vida e o acesso contínuo a serviços de saúde de qualidade (Ayres et al., 2003).

As autoridades de saúde implementam diversas estratégias para controlar a tuberculose no Rio de Janeiro, incluindo a busca ativa de casos, o tratamento supervisionado, campanhas de conscientização, e programas de educação em saúde. Ações integradas visam melhorar o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, reduzindo assim a carga da doença na comunidade (SMS, 2020).

Estudos epidemiológicos também destacam as mudanças nas tendências de tuberculose ao longo do tempo no Rio de Janeiro. Por exemplo, análises históricas podem mostrar variações na incidência, mortalidade e características dos casos ao longo das últimas décadas, influenciadas por políticas de saúde, migrações populacionais e outras variáveis contextuais (BARREIRA et al., 2018).

A pandemia de COVID-19 impactou diretamente o controle e o enfrentamento da tuberculose (TB) no mundo, evidenciando novos desafios para a saúde pública. A TB, uma das principais causas de morte por doenças infecciosas, depende de um sistema de saúde funcional para a detecção, tratamento e acompanhamento dos casos. No entanto, com a emergência da COVID-19, muitos países tiveram que redirecionar recursos e profissionais para o combate à nova pandemia, o que resultou em interrupções significativas nos serviços de TB (OMS, 2021).

Essas mudanças afetaram desde o diagnóstico precoce até o tratamento contínuo, especialmente nos países com alta carga da doença. A Organização Mundial da

Saúde (OMS) estimou uma redução de 18% na detecção de novos casos de TB em 2020 em comparação aos anos anteriores, um retrocesso que pode resultar em mais casos e mortes por TB nos próximos anos (McQuaid et al., 2021).

No Rio de Janeiro, a pandemia de COVID-19 impactou severamente o controle e o tratamento da tuberculose (TB), uma das doenças infecciosas com maior incidência na região. Com a sobrecarga nos serviços de saúde e a alocação de recursos para o combate ao novo coronavírus, houve uma queda expressiva no diagnóstico e no tratamento adequado de TB, o que trouxe preocupações sobre o aumento da transmissão e das taxas de mortalidade. O Rio de Janeiro já apresentava índices elevados de TB, e a COVID-19 acentuou desafios, como a interrupção do tratamento e o atraso no diagnóstico, fatores que contribuem para a propagação da doença e o desenvolvimento de cepas resistentes (Melo et al., 2021).

De acordo com um estudo realizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, a pandemia causou uma redução de aproximadamente 30% nos diagnósticos de TB em 2020 em comparação com 2019 (SES-RJ, 2021). A dificuldade de acesso às unidades de saúde, seja pela sobrecarga ou pelo receio de contaminação pela COVID-19, afetou diretamente os pacientes com TB, que necessitam de acompanhamento contínuo. Além disso, os efeitos socioeconômicos da pandemia agravaram ainda mais a vulnerabilidade de grupos com alto risco de TB, como moradores de áreas de alta densidade populacional e condições de habitação inadequadas, comuns em várias regiões da cidade (Farias et al., 2022).

A coinfeção TB-COVID-19 também foi uma preocupação no Rio de Janeiro, uma vez que pacientes com TB pré-existente apresentam maior risco de desenvolver formas graves de COVID-19, e a coinfeção eleva o risco de mortalidade (Oliveira et al., 2021). Esse contexto reforça a importância de estratégias de saúde pública integradas e da retomada dos serviços de controle de TB com foco na resiliência dos sistemas de saúde locais.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo de atenção primária à saúde implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Tem como objetivo

reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional centrado no atendimento hospitalar por um enfoque preventivo e comunitário e tem como objetivos e princípios a promoção da Saúde, acesso universal, integralidade do Cuidado, continuidade do Cuidado, participação Comunitária (BRASIL, 2018).

Apesar dos esforços, desafios persistentes como a resistência aos medicamentos, o diagnóstico tardio e as desigualdades socioeconômicas continuam a ser obstáculos causados no controle da tuberculose no Rio de Janeiro. Futuras pesquisas e intervenções devem focar no fortalecimento dos sistemas de saúde, na promoção de políticas públicas inclusivas e no desenvolvimento de novas estratégias para enfrentar esses desafios (OMS, 2020).

Sua estrutura é formada por uma equipe multiprofissional composta por médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Em algumas equipes, pode haver a inclusão da equipe odontológica e equipe multi. As unidades estão localizadas preferencialmente em áreas de maior vulnerabilidade social. Os agentes comunitários de Saúde (ACS) são Profissionais que fazem a ligação entre a comunidade e a USF. Eles realizam visitas domiciliares, identificam problemas de saúde e sociais, e orientam as famílias (BRASIL, 2018).

As principais atividades desenvolvidas pela ESF são: visitas domiciliares, consultas e atendimentos, ações de educação em saúde, vacinação e acompanhamento de Doenças Crônicas e tem um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida da população, na redução de internações hospitalares, no controle de doenças crônicas e infecciosas, na redução da mortalidade infantil e no aumento da equidade no acesso à saúde (PNAB, 2017).

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa grave que representa um desafio significativo para a saúde pública no Brasil e em muitos outros países (OMS). Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o combate à tuberculose é uma prioridade, uma vez que esta estratégia visa a promoção da saúde, prevenção de doenças e oferta de cuidados contínuos e integrados à comunidade. Suas atribuições envolvem

a detecção precoce da doença, diagnóstico, tratamento, educação em saúde, prevenção e controle, integração intersetorial (BRASIL, 2017).

No Brasil, o diagnóstico da TB é realizado segundo recomendado no Manual de Recomendações Para o Controle da Tuberculose no Brasil, tornando-se subdividido em diagnóstico clínico, diferencial, bacteriológico, imagem, histopatológico e por outros testes diagnósticos. Para a rede laboratorial, as instruções e notas para o diagnóstico laboratorial de micobactérias estão incluídas no Manual de Recomendações para o Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas de Interesse em Saúde Pública no Brasil (BRASIL, 2019).

O uso de álcool e drogas ilícitas durante o tratamento da tuberculose (TB) é um desafio significativo para a adesão ao tratamento e para o sucesso terapêutico. Esse comportamento pode comprometer seriamente a eficácia do tratamento, aumentando o risco de falha terapêutica, resistência medicamentosa e transmissão contínua da doença . O uso de álcool e/ou drogas no tratamento da tuberculose interfere na adesão e eficácia do tratamento, além do risco de resistência medicamentosa (OMS, 2011).

O impacto da ESF na luta contra a Tuberculose tem demonstrado ser eficaz na redução da incidência e mortalidade causada pelo bacilo de Koch. A presença de equipes de saúde atuando diretamente nas comunidades facilita a identificação precoce e o tratamento adequado dos casos, além de promover um ambiente de confiança e acolhimento que encoraja a adesão ao tratamento.

A escolha do período de 2019 a 2023 para uma pesquisa sobre a população com tuberculose (TB) no Rio de Janeiro é estratégica, pois cobre um intervalo que inclui tanto o cenário pré-pandemia de COVID-19 quanto os anos subsequentes, quando o impacto dessa crise sanitária afetou profundamente os serviços de saúde e o controle da TB. Em 2019, os dados de TB refletem a situação antes da pandemia, oferecendo uma linha de base para comparar as mudanças ocorridas nos anos seguintes. Com a chegada da COVID-19 em 2020, houve uma sobrecarga nos sistemas de saúde, redirecionamento de recursos e interrupção dos serviços de

diagnóstico e tratamento de TB, o que impactou as taxas de detecção e adesão ao tratamento, especialmente em regiões vulneráveis como o Rio de Janeiro (Melo et al., 2021).

Estudos apontam que a pandemia causou uma queda significativa nos diagnósticos de TB, com uma redução estimada de até 30% na detecção de novos casos no Brasil, em 2020, quando comparado a anos anteriores (World Health Organization, 2021). Esses fatores tornam o período pós-2020 essencial para avaliar as estratégias de recuperação dos serviços de saúde e o impacto de longo prazo da pandemia na incidência e no manejo da TB.

Assim, analisar dados de 2019 a 2023 permite identificar tanto os efeitos diretos da pandemia sobre a TB quanto a eficácia das respostas e adaptações realizadas após o auge da crise (McQuaid et al., 2021).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil populacional dos usuários de álcool e outras drogas com diagnóstico de tuberculose na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil dos usuários quanto a faixa etária, sexo e raça/cor;
- Realizar o levantamento do número das notificações de casos de tuberculose na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro nos anos de 2019 a 2023;
- Quantificar os usuários de álcool e/ou drogas com tuberculose notificados na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro e analisar a continuidade e desfecho do tratamento (abandono, cura, abandono primário).

JUSTIFICATIVA

A motivação pelo tema deve-se a vivência como residente de Enfermagem atuando na equipe de saúde da família em uma unidade de Atenção Primária à Saúde pertencente a AP 3.1 no município do Rio de Janeiro onde pude observar que a uma porcentagem de 40% dos pacientes que têm diagnóstico de tuberculose da equipe a qual estou vinculada são usuários de álcool e/ou drogas.

Neste contexto, pude considerar as adversidades enfrentadas para a abordagem precoce e oportuna de sintomáticos respiratórios, aderência e segmento ao tratamento até a sua alta

por cura que chega ser muito baixa.

Pensando em ter conhecimento de o quão vasto pode ser essa população que faz uso de álcool e/ou drogas que têm diagnóstico de tuberculose, decidi realizar um levantamento da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro utilizando sites governamentais de acesso público sendo estes o EPI RIO e TABNET MUNICIPAL, os mesmos disponibilizam informações sobre notificações de agravos e doenças em todo território.

Deste modo é relevante estimular o conhecimento sobre essa população para poder elaborar estratégias de abordagem aos mesmos, proporcionar atividades voltadas ao cuidado em saúde desses clientes, traçar condutas e planejar ações para execução do mesmo.

Levando em consideração a proximidade da ligação entre a tuberculose com o território em saúde e as circunstâncias de vulnerabilidade, a questão de pesquisa deste trabalho se implica em saber qual é o número de pacientes notificados com tuberculose na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023, identificar o quantitativo de usuários notificados que fazem uso de álcool e/ou drogas e quais são as características epidemiológicas associadas a essa população?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A TUBERCULOSE EM SEU CONTEXTO HISTÓRICO E SUA INCIDÊNCIA NO BRASIL

A tuberculose é conhecida desde a antiguidade, com evidências da doença encontradas em múmias egípcias. No século XIX, foi identificada como uma das principais causas de morte na Europa e na América do Norte. Em 1882, Robert Koch descobriu o agente causador da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis*. A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de um quarto da população mundial está infectada com a bactéria da tuberculose. Em 2020, foram registrados cerca de 10 milhões de novos casos e 1,5 milhão de mortes pela doença (OMS, 2020).

Segundo Lawn SD, Zumla AI. Tuberculose. Lancet. (2011), a tuberculose é transmitida de pessoa para pessoa através de aerossóis gerados pela tosse, espirro ou fala de indivíduos infectados. Quando inalada, a bactéria pode se estabelecer nos pulmões, onde o sistema imunológico pode conter a infecção, levando a uma infecção latente, ou permitir que a bactéria se multiplique, causando tuberculose ativa.

O diagnóstico da tuberculose envolve a combinação de métodos clínicos, radiológicos, microbiológicos e moleculares. Entre os principais métodos estão a baciloscopia, cultura de escarro e testes moleculares, como o Xpert MTB/RIF (OMS, 2013).

O tratamento da tuberculose consiste em um regime de múltiplos antibióticos administrados por um período mínimo de seis meses. Os medicamentos de primeira linha incluem isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol (Centros de Controle e Prevenção de Doenças, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) 2018, a principal medida preventiva contra a tuberculose é a vacinação com BCG (Bacilo Calmette-Guérin), especialmente em países com alta incidência da doença. Além disso, medidas de controle de infecção em ambientes hospitalares e programas de rastreamento de contatos são cruciais para prevenir a disseminação da tuberculose.

A tuberculose continua sendo uma doença de grande importância global. O conhecimento aprofundado sobre seus aspectos históricos, epidemiológicos, fisiopatológicos, diagnósticos, terapêuticos e preventivos é essencial para o controle e eventual erradicação da doença.

De acordo com Brasil (2020), o Brasil está entre os 30 países com alta carga de tuberculose no mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2020, foram notificados cerca de 96.000 novos casos de tuberculose no país. A doença apresenta uma distribuição heterogênea, sendo mais prevalente em áreas urbanas densamente povoadas e em populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, presidiários e indígenas.

No Brasil, o diagnóstico da tuberculose é realizado principalmente por baciloscopia, cultura e testes moleculares (Xpert MTB/RIF). O tratamento padrão envolve um regime de seis meses com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente os medicamentos para todos os pacientes.

Segundo Kritski, A.L., et al. (2016), apesar dos avanços, o Brasil enfrenta desafios significativos no controle da tuberculose, como a resistência a medicamentos, o diagnóstico tardio e a cobertura insuficiente em áreas rurais e comunidades marginalizadas. A melhoria da infraestrutura de saúde, o fortalecimento da vigilância epidemiológica e a ampliação das ações de prevenção são essenciais para reduzir a incidência da tuberculose no país.

A TUBERCULOSE NA PANDEMIA DA COVID 19

Durante a pandemia, muitos países registraram uma queda significativa no diagnóstico de casos novos de TB. Isso ocorreu, em parte, devido à redistribuição dos recursos de saúde e a interrupções em serviços de rotina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve uma queda de 18% nos diagnósticos globais de TB em 2020 em comparação com os anos anteriores à pandemia (WHO,

2021). Estima-se que essa interrupção nos serviços de saúde possa resultar em um aumento dos casos de TB nos próximos anos.

Interrupção no tratamento e aumento da resistência aos medicamentos

Além do diagnóstico, a continuidade do tratamento foi afetada, levando ao risco de aumento da resistência medicamentosa da TB. Pacientes tiveram dificuldades para acessar os serviços de saúde e manter o tratamento adequado, aumentando as chances de desenvolverem TB multirresistente (MDR-TB) (Dheda et al., 2021). A resistência medicamentosa representa um grave problema de saúde, pois exige tratamentos mais complexos e prolongados, com taxas de sucesso mais baixas e efeitos colaterais severos.

A coinfeção de TB e COVID-19 também foi observada em alguns estudos como um fator agravante. Pacientes com TB têm maior risco de desenvolver formas graves de COVID-19 devido a um sistema imunológico já comprometido, e essa associação pode resultar em taxas de mortalidade mais altas (Tadolini et al., 2020). Segundo o estudo de Tadolini et al., a coinfeção leva a um agravamento no quadro clínico de ambos os casos, exigindo maior atenção e cuidados específicos para esses pacientes.

A COVID-19 também exacerbou as desigualdades sociais e econômicas que afetam a incidência da TB. Populações vulneráveis, que são mais suscetíveis à TB, foram as mais atingidas pelos impactos econômicos da pandemia, o que potencialmente agravou sua exposição à TB e à COVID-19 (Narasimhan et al., 2022). As condições de moradia e trabalho, associadas à falta de acesso adequado à saúde, pioraram a situação em países de baixa e média renda.

Especialistas defendem a necessidade de fortalecer os programas de combate à TB e integrá-los aos sistemas de resposta a pandemias, aumentando a resiliência contra interrupções futuras (Pai et al., 2021). A cooperação internacional e o financiamento adequado são essenciais para garantir que a TB não continue sendo uma doença negligenciada, especialmente em face de crises de saúde como a COVID-19.

RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA NO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

A resistência medicamentosa da tuberculose (TB) é um dos maiores desafios enfrentados no controle global da doença. A tuberculose multirresistente (MDR-TB), caracterizada pela resistência aos dois principais medicamentos de primeira linha, isoniazida e rifampicina, e a TB extensivamente resistente (XDR-TB), que resiste a medicamentos de primeira e segunda linhas, tornam o tratamento prolongado, caro e menos eficaz (OMS, 2021).

A resistência medicamentosa geralmente surge devido à interrupção ou ao uso inadequado do tratamento, causado por falhas na adesão ou no acesso a medicamentos de qualidade, além de questões sociais, como falta de acesso regular a serviços de saúde (Dalcolmo et al., 2020).

O tratamento da TB resistente envolve a administração de esquemas terapêuticos mais complexos, que incluem medicamentos de segunda linha, como fluoroquinolonas e aminoglicosídeos. Esses tratamentos podem durar entre 9 e 24 meses e estão associados a efeitos colaterais mais severos, o que aumenta a dificuldade de adesão (Migliori et al., 2020). Em regiões com alta carga de TB e recursos limitados, o acesso a medicamentos de segunda linha é frequentemente restrito, aumentando o risco de transmissão de cepas resistentes na comunidade.

Estudos demonstram que o tratamento diretamente observado (DOT, na sigla em inglês) é uma estratégia eficaz para garantir a adesão e reduzir a interrupção do tratamento, sendo essencial em áreas com alta prevalência de MDR-TB. Com a supervisão do tratamento por profissionais de saúde, o DOT ajuda a garantir que os pacientes completem o esquema terapêutico completo e reduzam o risco de desenvolver resistência (Ahmad et al., 2019).

A CONSTRUÇÃO DA ESF E SUA ATUAÇÃO CONTRA AS DOENÇAS CRÔNICAS

Antes da implementação da ESF, a Atenção Primária à Saúde no Brasil era fragmentada e centralizada em modelos curativos e hospitalocêntricos, com pouca ênfase na prevenção e na promoção da saúde. A necessidade de reestruturar a atenção primária levou à concepção de um modelo mais abrangente e comunitário (BRASIL, 2006).

De acordo com Paim (2011) a ESF foi implantada em 1994 como parte do Programa de Saúde da Família (PSF), inicialmente focada em áreas rurais e periferias urbanas. O objetivo era melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde, fortalecendo a atenção primária e descentralizando o atendimento. As primeiras equipes de saúde da família eram compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe foi designada para atender um território específico, promovendo a integração com a comunidade e a continuidade do cuidado.

O PSF foi implantado em 1994 com o objetivo de fortalecer a atenção básica e promover a saúde em comunidades através de equipes multiprofissionais. Este modelo, embora inovador para a época, foi adaptado ao longo dos anos para enfrentar desafios e melhorar os resultados na saúde pública. Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro introduziu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma atualização do PSF, buscando ampliar o alcance e a eficácia do modelo de saúde da família (Brasil, 2006).

A ESF manteve e expandiu os princípios do PSF, incluindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças, mas também incorporou novos elementos como a gestão participativa e a integração com outros serviços de saúde. A ESF enfatiza a importância da continuidade do cuidado, a centralidade na família e a responsabilização pela saúde da comunidade (Gadelha et al., 2007).

Durante a década de 2000, a ESF passou por um processo de expansão significativa. O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, forneceu apoio financeiro e técnico aos municípios para a formação e capacitação das equipes de saúde da família. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidou a ESF como a principal estratégia de reorganização da atenção primária no Brasil (BRASIL, 2012).

Starfield, (2002) traz que a ESF é guiada por princípios e diretrizes que orientam suas ações e objetivos:

- Integralidade: Atendimento às necessidades de saúde da população em todas as suas dimensões.
- Equidade: Garantia de acesso igualitário aos serviços de saúde.
- Territorialização: Definição de um território específico para cada equipe de saúde da família.
- Participação Social: Envolvimento da comunidade na definição e controle das políticas de saúde.
- Intersetorialidade: Ação conjunta com outras políticas públicas para promover a saúde.

De acordo com Macinko J e Mendonça CS (2018), a ESF tem mostrado resultados positivos na melhoria dos indicadores de saúde no Brasil. Estudos indicam que a cobertura da ESF está associada a reduções na mortalidade infantil, aumento na cobertura vacinal, e melhoria no controle de doenças crônicas. A estratégia também tem desempenhado um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Para Giovanella, L., et al. (2018), apesar dos avanços, a ESF enfrenta desafios contínuos, como desigualdades regionais na cobertura, falta de infraestrutura adequada em algumas áreas, e a necessidade de formação contínua de profissionais de saúde. A integração com outros níveis de atenção e a sustentabilidade financeira são também questões importantes para o futuro da ESF.

A ESF também atua na educação em saúde, informando a comunidade sobre a tuberculose, seus sintomas, modos de transmissão e a importância do tratamento adequado. Campanhas de conscientização e atividades educativas são realizadas para diminuir o estigma associado à doença e incentivar a procura por atendimento médico, Nogueira, JA, et al. (2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem mostrado grande potencial no tratamento e manejo da tuberculose (TB), principalmente em países como o Brasil, onde a TB ainda é uma questão de saúde pública importante. A ESF, com sua

presença capilarizada nas comunidades e abordagem integrada, favorece o acompanhamento próximo dos pacientes, a detecção precoce e o monitoramento contínuo do tratamento, elementos fundamentais para o controle da TB. Profissionais da ESF, como agentes comunitários de saúde, desempenham um papel essencial na identificação de sintomas, no encaminhamento para diagnóstico e no apoio ao tratamento, garantindo que os pacientes sigam corretamente as etapas terapêuticas e reduzindo a interrupção do tratamento (Maciel et al., 2021).

Um estudo realizado no Brasil demonstrou que a presença de equipes de ESF está associada a maiores taxas de cura e diminuição da interrupção do tratamento em pacientes com TB. Isso ocorre porque a ESF facilita o acesso aos serviços de saúde e promove uma relação de confiança entre os profissionais e a comunidade, fatores críticos para a adesão ao tratamento de longa duração que a TB exige (de Queiroz et al., 2020). Além disso, a atuação da ESF no domicílio permite a busca ativa de casos e o acompanhamento de contatos próximos dos pacientes, estratégia que auxilia na interrupção da cadeia de transmissão da TB.

As equipes da ESF são responsáveis pelo monitoramento contínuo dos pacientes com tuberculose, registrando o progresso do tratamento e verificando possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. O Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB) é uma ferramenta importante para o acompanhamento dos casos e a avaliação da eficácia das intervenções(BRASIL, 2018)

Kritski, AL, et al. (2016) fala que a ESF trabalha de forma integrada com outros programas e políticas de saúde, como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e as ações voltadas para o controle do HIV/AIDS. Essa integração é essencial, dado o alto índice de co-infecção TB/HIV. A coordenação entre diferentes níveis de atenção à saúde permite uma abordagem mais holística e eficaz no controle da tuberculose.

Na visão de Maciel, ELN, & Reis-Santos, B. (2015), apesar dos avanços, a ESF enfrenta desafios significativos no combate à tuberculose, como a necessidade de melhorar a infraestrutura de saúde em áreas remotas, aumentar a cobertura de

equipes de saúde da família, e garantir a formação contínua dos profissionais de saúde. A resistência a medicamentos e a estigmatização da doença também são barreiras importantes que precisam ser abordadas.

A Estratégia de Saúde da Família desempenha um papel crucial na luta contra a tuberculose no Brasil. Com uma abordagem integrada e comunitária, a ESF facilita a detecção precoce, garante o tratamento supervisionado e promove a educação em saúde, contribuindo significativamente para o controle da tuberculose. Contudo, desafios persistem e devem ser enfrentados com políticas e ações contínuas para assegurar a eficácia da ESF na erradicação da tuberculose.

USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS ILÍCITAS DURANTE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

De acordo com Rehm, J. (2009), o uso de álcool e drogas ilícitas representa um desafio significativo no tratamento da tuberculose (TB). Essas substâncias podem interferir na adesão ao tratamento, na eficácia dos medicamentos e na saúde geral dos pacientes, comprometendo os resultados terapêuticos. O consumo de álcool é um fator de risco reconhecido para o desenvolvimento de tuberculose ativa e para a piora dos resultados do tratamento. O álcool pode levar a uma menor adesão ao tratamento, hepatotoxicidade (dano ao fígado) e interações medicamentosas adversas.

Do ponto de vista de Denise R et, al. (2018), o uso de drogas ilícitas também está associado a um pior prognóstico no tratamento da TB. Indivíduos que usam drogas frequentemente apresentam adesão irregular ao tratamento, aumento do risco de coinfeções (como HIV), e complicações de saúde que podem interferir na eficácia dos medicamentos anti-TB.

Para Jakubowiak, W.M., et al. (2007), a adesão ao tratamento da TB é crucial para a cura e para evitar a resistência aos medicamentos. Pacientes que consomem álcool ou drogas têm maior probabilidade de interromper o tratamento devido a fatores como intoxicação, esquecimento, priorização do uso de substâncias e efeitos colaterais aumentados.

Na opinião de Volmink, J. e Garner, P. (2007), para melhorar a adesão ao tratamento entre usuários de álcool e drogas, são necessárias abordagens integradas que incluam:

- Tratamento do abuso de substâncias: Programas de reabilitação e suporte psicológico.
- Supervisão direta do tratamento (DOT): Monitoramento rigoroso da administração dos medicamentos.
- Educação em saúde: Informar sobre a importância do tratamento contínuo e os riscos de interrupção.
- Apoio social: Redes de suporte que incluem familiares e comunidades para ajudar os pacientes a manterem o tratamento.

O uso de álcool e drogas ilícitas representa um desafio significativo para o tratamento da tuberculose. Esses fatores comprometem a adesão ao tratamento, aumentam o risco de interações medicamentosas adversas e pioram os resultados terapêuticos. Abordagens integradas que tratem tanto a TB quanto o abuso de substâncias são essenciais para melhorar os resultados e reduzir a propagação da doença.

METODOLOGIA

CARACTERÍSTICA E ABORDAGEM DA PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo epidemiológico descritivo de abordagem quantitativa, com o objetivo de identificar e descrever padrões de ocorrência de doenças em uma população específica. Estudos descritivos são fundamentais para a epidemiologia, pois fornecem uma visão geral da distribuição e dos determinantes das condições de saúde em populações (Gordis, 2014).

O estudo epidemiológico descritivo foi escolhido devido à sua capacidade de fornecer informações sobre a prevalência e a incidência de doenças sem a necessidade de manipulação experimental dos dados. Conforme afirmado por Bonita et al. (2006), a abordagem descritiva é eficaz para caracterizar a saúde de uma população em termos de frequência e padrões temporais e geográficos. Nesse

sentido, a pesquisa se concentrará na análise estatística de dados primários e secundários para descrever a ocorrência de condições de saúde em uma coorte definida.

A população alvo deste estudo é composta por residentes da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023 com idade superior a 18 anos. A amostra será selecionada por meio de uma amostragem aleatória estratificada, que visa garantir a representatividade de diferentes grupos etários, sexos e áreas geográficas. De acordo com a metodologia sugerida por Levy e Lemeshow (2013), a amostragem aleatória estratificada é crucial para obter uma estimativa precisa da prevalência de doenças em subgrupos da população.

A coleta de dados será realizada através de sites governamentais de acesso aberto à população de forma geral, Saúde-Rio :: TABNET Municipal e EpiRio - Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro. Segundo Fletcher et al. (2018), a combinação de métodos de coleta de dados aumenta a precisão das informações e a confiabilidade dos resultados.

Uma abordagem metodológica que utiliza a busca em sites governamentais como principal fonte de dados. Esta escolha se fundamenta na relevância e na acessibilidade dos dados oficiais disponíveis em plataformas digitais mantidas por instituições públicas, que oferecem uma ampla gama de informações sobre diversas áreas, incluindo saúde, educação e economia (Gordon & Keohane, 2019).

A utilização de sites governamentais para coleta de dados é uma prática consolidada na pesquisa científica devido à sua confiabilidade e à riqueza das informações disponíveis. Esses sites frequentemente disponibilizam dados atualizados e amplamente validados, o que contribui para a precisão e a robustez das análises realizadas. Segundo Zikmund et al. (2013), dados obtidos de fontes governamentais são particularmente valiosos por sua objetividade e por serem coletados com rigor metodológico.

Além disso, a busca em sites governamentais permite acesso a conjuntos de dados extensos e detalhados que podem não estar disponíveis em outras fontes. Esta abordagem é especialmente útil para pesquisas que exigem dados secundários

sobre políticas públicas, estatísticas demográficas e relatórios de saúde (Kumar, 2019).

Como apontado por Creswell (2014), a integração de dados secundários provenientes de fontes oficiais pode enriquecer a análise e fornecer uma base sólida para a interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desta pesquisa apresentam um levantamento detalhado do número de notificações da população com tuberculose na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro no período de 2019 a 2023.

A coleta de informações foi conduzida a partir de fontes governamentais de acesso público, sendo estas o portal TABNET Municipal do Rio de Janeiro e o EpiRio – Observatório Epidemiológico da Cidade do Rio de Janeiro.

Essa metodologia garante acesso a dados confiáveis, abrangentes e atualizados, permitindo uma análise detalhada da situação de saúde de várias áreas programáticas. A partir dessa base sólida de informações, foi possível identificar padrões epidemiológicos, destacar tendências temporais e descrever o perfil da população em questão na região referente ao estudo.

Os resultados apresentados têm como objetivo subsidiar discussões relevantes no campo da saúde pública, fornecendo subsídios para o aprimoramento do planejamento e execução de ações de saúde na área estudada. Essa abordagem reflete o compromisso com a produção de conhecimento científico aplicado, alinhado às necessidades da população e às diretrizes das políticas públicas de saúde.

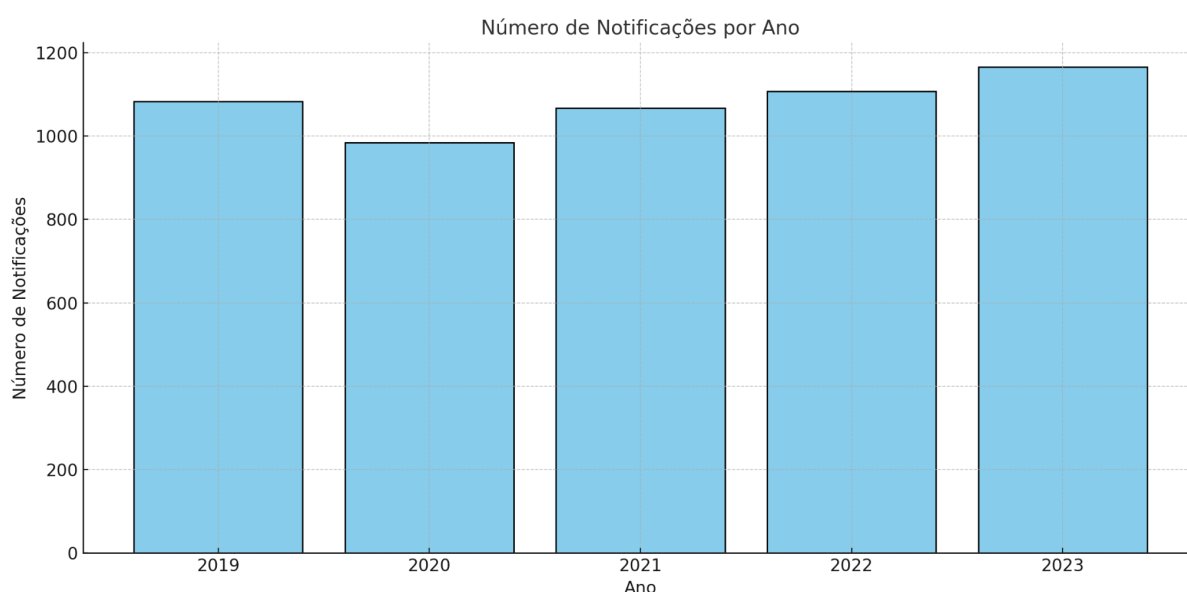
A extração dos dados a seguir foi realizada em 15 de novembro de 2024, às 10:00, por meio do site Paineis Epidemiológicos de Doenças Transmissíveis Crônicas - EpiRio, sendo a última atualização do sistema registrada em 11 de novembro de 2024. Para a coleta das informações, foram aplicados os seguintes filtros: para as variáveis Sexo, Raça/Cor e Faixa Etária, foi selecionada a opção "todos", permitindo

incluir todas as categorias disponíveis; para as variáveis Área de Residência e Área de Notificação, foi escolhido o filtro correspondente à AP 3.1, abrangendo as áreas específicas de interesse na análise.

Essa abordagem permitiu a obtenção de dados amplos, com a inclusão de todas as categorias possíveis para as variáveis de sexo, raça/cor e faixa etária, bem como a seleção de uma área geográfica específica (AP 3.1) para análise das informações de residência e notificação. O objetivo foi fornecer uma visão abrangente e detalhada sobre os casos de doenças transmissíveis crônicas no município do Rio de Janeiro, conforme os parâmetros estabelecidos pelo sistema EpiRio.

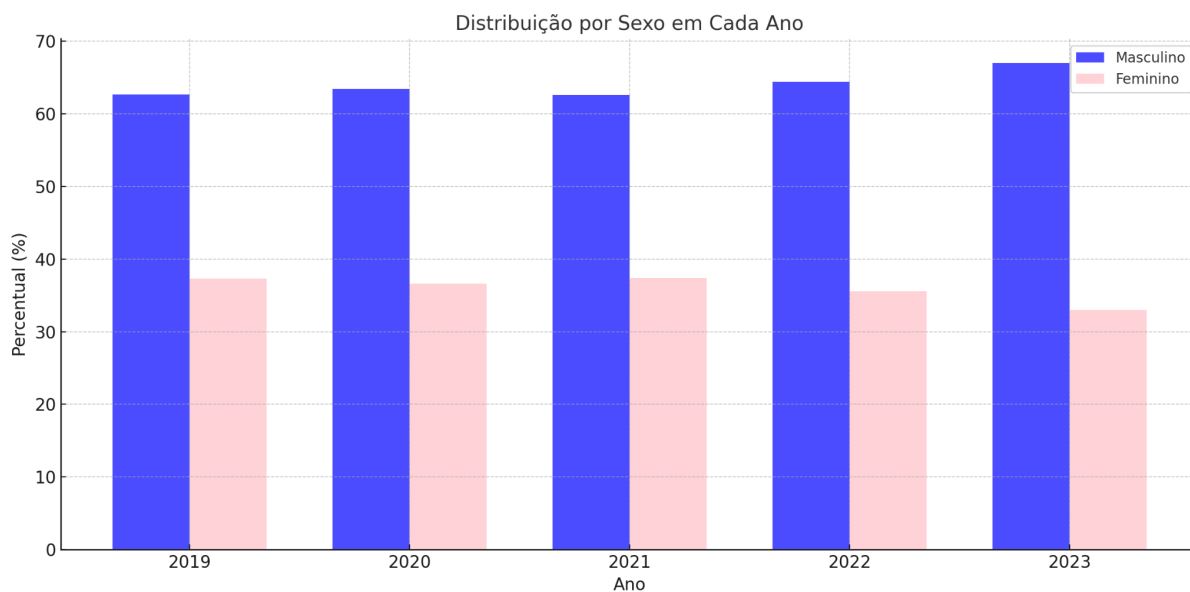
Os gráficos abaixo apresentam os seguintes resultados:

Número de notificações por ano, 2024



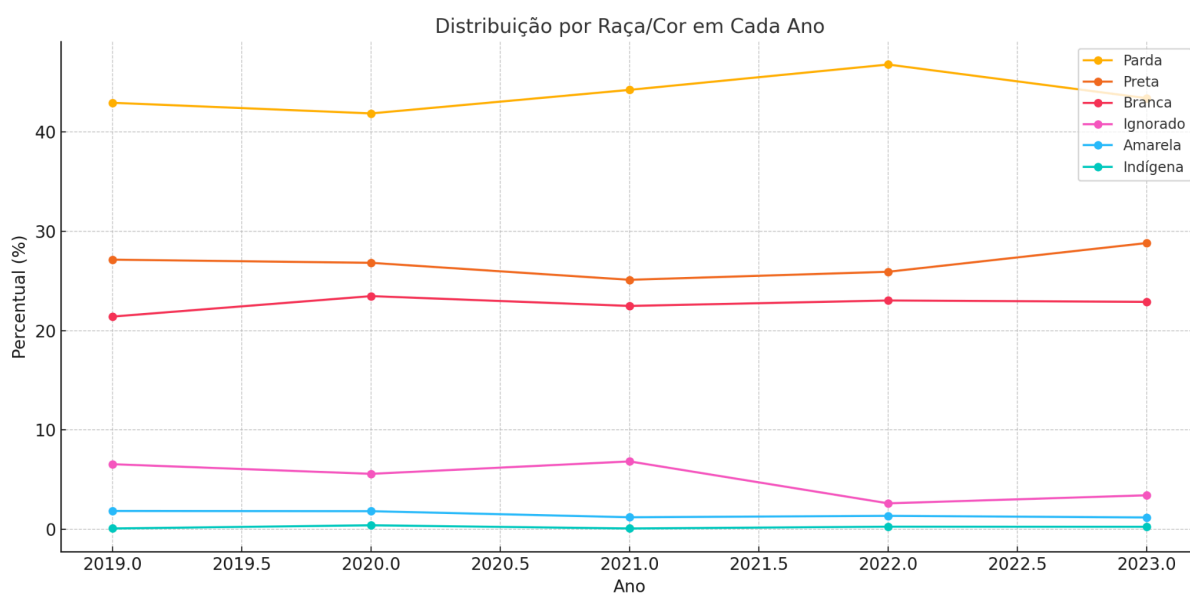
Houve um aumento geral no número de notificações, com o maior número em 2023 (1.166 notificações).

Distribuição por sexo em cada ano: 2024



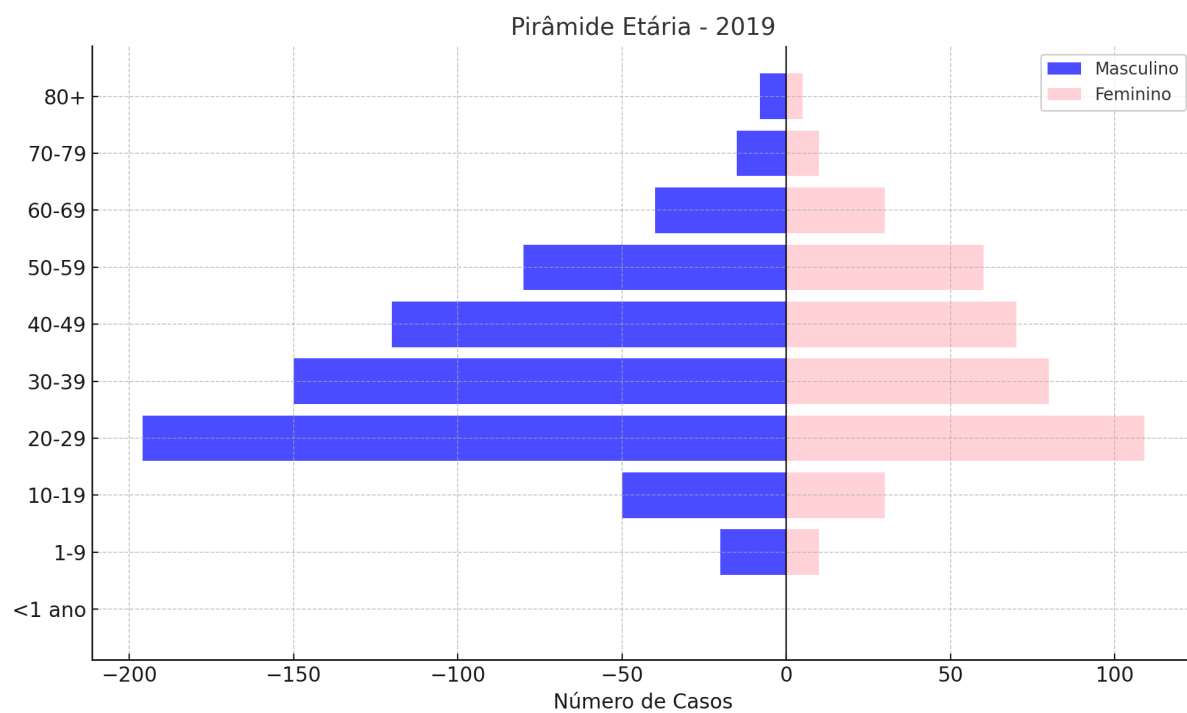
A proporção de casos masculinos é consistentemente maior em todos os anos, variando de 62,7% em 2019 a 67,04% em 2023.

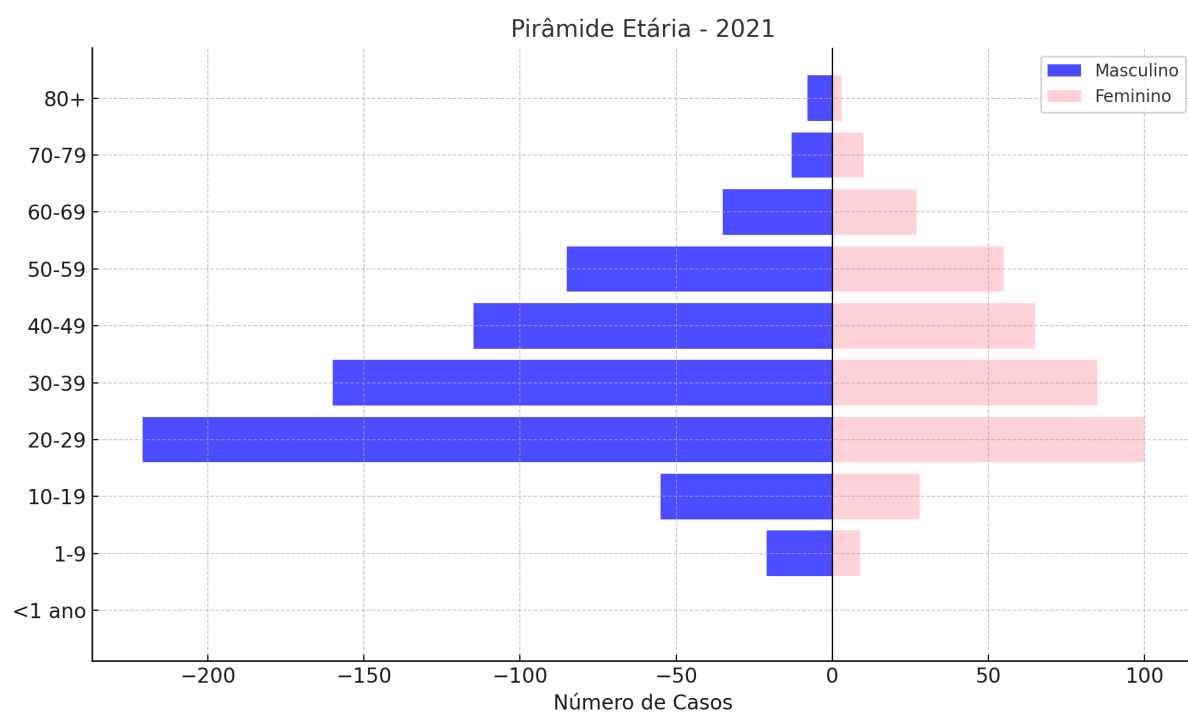
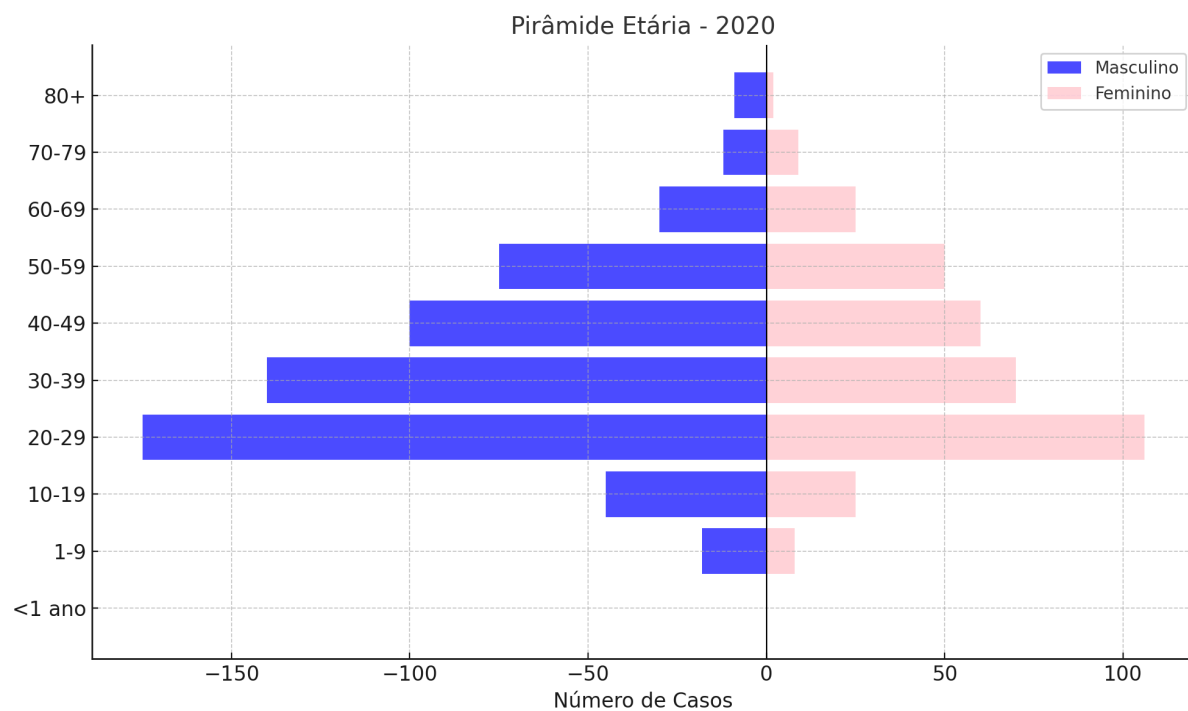
Distribuição por raça/cor em cada ano, 2024

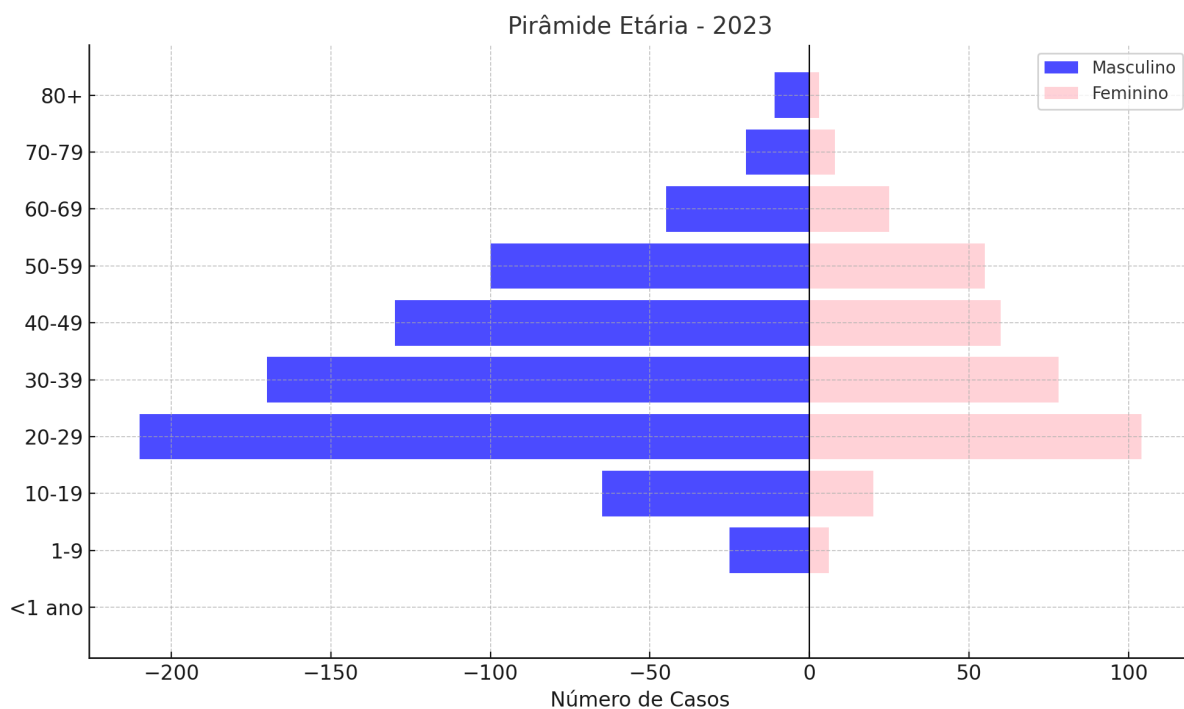
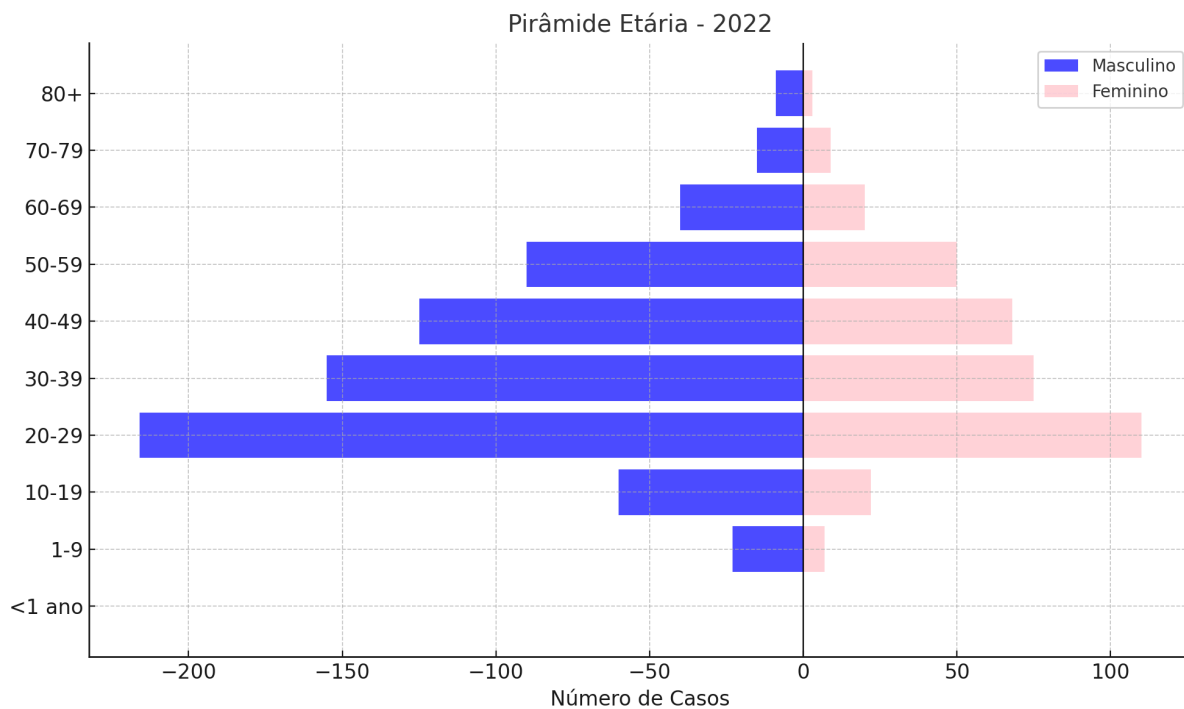


A raça/cor "Parda" foi predominante em todos os anos, com valores entre 41,87% e 46,79%. "Preta" e "Branca" alternavam a segunda posição, enquanto "Ignorado", "Amarela" e "Indígena" tiveram proporções menores e estáveis.

As pirâmides etárias mostram a distribuição dos casos por faixa etária e sexo em cada ano: 2024







1. 2019-2023: Em todos os anos, a faixa etária de 20 a 29 anos concentra o maior número de casos tanto em homens quanto em mulheres.
2. Tendências por sexo: Os casos masculinos são mais numerosos em todas as faixas etárias. As mulheres apresentam números mais baixos, mas seguem a mesma tendência de concentração na faixa de 20 a 29 anos.

3. Idosos e crianças (<10 anos): As faixas extremas (idosos e crianças) apresentam os menores números em ambos os sexos. O padrão se mantém estável ao longo dos anos

As informações a seguir foram obtidas do portal TABNET Municipal do Rio de Janeiro em 16 de novembro de 2024, às 08h34, com base no levantamento da quantidade de casos por Ano de Diagnóstico, conforme o Município de Notificação. Os filtros utilizados foram: período de 2019 a 2023; Ano de Diagnóstico (2019 a 2023); UF de Notificação e Município de Notificação, ambos referentes ao estado e município do Rio de Janeiro; UF e Município de Residência, ambos também para o Rio de Janeiro; Área Programática (AP) e Região Administrativa (RA) de Residência, especificamente a AP 3.1; os demais filtros foram selecionado todas as categorias para obtenção de um apanhado geral de notificações realizadas neste período.

Quadro de Casos de Tuberculose no Município do Rio de Janeiro (2019-2023)

Ano de Diagnóstico	Quantidade de Casos
2019	1.243
2020	1.131
2021	1.228
2022	1.289
2023	1.342
Total (2019-2023)	6.233

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) - **SMSRJ/SUBPAV/SVS/CAS**

Durante esses cinco anos, foram notificados 6.233 casos, com uma tendência de aumento gradativo no número de diagnósticos anuais, culminando em 1.342 casos registrados em 2023, o maior índice do período analisado.

Os dados apresentados a seguir também foram extraídos do portal TABNET Municipal do Rio de Janeiro, na data de 16 de novembro de 2024. Para o levantamento da quantidade de casos por Ano Diagnóstico, segundo o Município de Notificação, foram aplicados os seguintes filtros: período de 2019 a 2023; Ano de

Diagnóstico (2019 a 2023); UF de Notificação e Município de Notificação, ambos referentes ao estado e município do Rio de Janeiro; UF e Município de Residência, ambos também para o Rio de Janeiro; Área Programática (AP) e Região Administrativa (RA) de Residência, especificamente a AP 3.1; faixa etária, raça/cor e sexo, sem restrição de categorias; uso de álcool e drogas ilícitas, com filtro selecionado como "sim"; forma de manifestação da doença, sem restrição de categorias; e, finalmente, a Situação de Encerramento, que incluiu os casos classificados como cura, abandono e abandono primário.

Este processo de levantamento foi realizado com o intuito de obter uma visão detalhada da distribuição dos casos de acordo com os critérios mencionados, visando fornecer uma análise abrangente sobre a prevalência de determinadas condições e fatores associados no município do Rio de Janeiro, no período de 2019 a 2023. O uso desses filtros permitiu a análise de dados específicos, garantindo a precisão e relevância das informações extraídas para a pesquisa em questão.

Tabela de Casos por Ano Diagnóstico segundo Munic. Notificação e AP.

Ano Diagnóstico	2019	2020	2021	2022	2023	total
Munic. Notificação: Rio de Janeiro (Situação: Abandono)	32	26	30	30	42	160
Munic. Notificação: Rio de Janeiro (Situação: Abandono primário)	37	42	34	45	57	215
Munic. Notificação: Rio de Janeiro (Situação: cura)	0	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (SMSRJ/SUBPAV/SVS/CAS)

Entre 2019 e 2023, no estado do Rio de Janeiro, com registro no município do Rio de Janeiro, foram analisados casos relacionados a alcoolismo e uso de drogas ilícitas em residentes da Área Programática (AP) 3.1. Durante o período, os desfechos observados incluíram abandono, abandono primário e cura. Para a situação de abandono, registou-se um total de 160 casos ao longo de cinco anos,

com o maior número (42 casos) em 2023. Já no caso de abandono primário, foram contabilizados 215 casos, sendo o pico também em 2023, com 57 casos. Não houve registros de cura nesse intervalo.

Análise da Distribuição de Casos Notificados no Município do Rio de Janeiro: 2019-2023

Os resultados acima analisaram dados extraídos do portal TABNET Municipal do Rio de Janeiro e EpiRIO. Os dados compreendem o período de 2019 a 2023 e foram obtidos mediante a aplicação de filtros específicos, abrangendo o Município de Notificação e Residência (Rio de Janeiro), Área Programática (AP 3.1), faixa etária, raça/cor, sexo, e uso de álcool e drogas ilícitas. A Situação de Encerramento incluiu os casos classificados como abandono, abandono primário e cura. Os critérios de seleção visam garantir a precisão e relevância dos dados para análise da prevalência de condições notificadas, considerando fatores demográficos e epidemiológicos.

Houve um aumento no número total de notificações ao longo do período analisado, atingindo o pico em 2023, com 1.166 casos registrados. Essa tendência pode estar associada a uma ampliação da cobertura dos serviços de notificação ou ao aumento da prevalência das condições analisadas.

A análise de gênero revelou que os homens foram mais afetados em todos os anos do período estudado, com proporções variando entre 62,7% (2019) e 67,04% (2023). A predominância masculina foi observada de maneira consistente, refletindo um padrão epidemiológico característico para as condições estudadas.

A raça/cor parda foi predominante durante todo o período analisado, com proporções entre 41,87% e 46,79%. As categorias preta e branca alternavam na segunda posição, enquanto as categorias amarela, indígena e ignorado apresentaram proporções menores e estáveis, sem alterações significativas ao longo do tempo.

A faixa etária de 20 a 29 anos concentrou o maior número de casos em ambos os sexos ao longo do período analisado. Homens apresentaram maior número de casos em todas as faixas etárias, embora as mulheres seguissem o mesmo padrão de concentração na faixa etária predominante. As faixas extremas, representadas por crianças (<10 anos) e idosos, registraram os menores números de casos, mantendo-se estáveis durante o período.

Os dados referentes à situação de encerramento indicam um total de 160 casos de abandono entre 2019 e 2023, com o maior número registrado em 2023 (42 casos). Em relação ao abandono primário, foram notificados 215 casos no mesmo período, com pico também em 2023 (57 casos). Não foram registrados casos classificados como cura em nenhum dos anos analisados.

Os resultados evidenciam uma série de tendências demográficas e epidemiológicas relevantes para a elaboração de políticas públicas. O aumento do número de notificações sugere a necessidade de investigação sobre os fatores associados ao crescimento, incluindo possíveis mudanças na dinâmica social, econômica ou no acesso aos serviços de saúde. A predominância masculina e da faixa etária jovem-adulta (20-29 anos) aponta para grupos prioritários em estratégias de intervenção e prevenção.

Por outro lado, a estabilidade da mediana de idade e da distribuição por raça/cor indica padrões consolidados, os quais podem servir como referência para ações contínuas de monitoramento e combate às condições associadas. A ausência de casos classificados como cura reforça a necessidade de investimentos em estratégias que favoreçam o tratamento efetivo e o encerramento exitoso dos casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo fornecem uma visão abrangente sobre a situação epidemiológica da tuberculose na Área Programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro entre 2019 e 2023. A análise dos dados evidenciou o aumento das notificações ao longo do período, com destaque para o crescimento em 2023, e a predominância de casos em homens jovens (20 a 29 anos), especialmente entre a população de raça/cor parda. Além disso, a ausência de registros de cura durante os cinco anos analisados reflete um desafio persistente no enfrentamento da doença.

Com base nesses achados, recomenda-se a utilização de intervenções breves, fundamentadas na técnica de aconselhamento, como abordagem complementar ao tratamento da tuberculose, com o objetivo de minimizar os potenciais danos associados ao consumo de álcool, independentemente da quantidade, especialmente durante o período terapêutico. Uma das ações que podem ser adotadas como estratégia é a política de redução de danos, especialmente entre populações vulneráveis, como usuários de álcool e drogas ilícitas.

A política de redução de danos é uma abordagem de saúde pública que visa minimizar os efeitos negativos associados ao uso de substâncias psicoativas, sem necessariamente exigir a abstinência total. Essa estratégia foca na proteção da saúde e bem-estar dos indivíduos, priorizando medidas práticas, como a troca de seringas, a disponibilização de informações sobre uso seguro e o tratamento de complicações decorrentes do uso de drogas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), "a redução de danos reconhece que, embora o consumo de substâncias possa ter consequências prejudiciais, é possível reduzir os riscos e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos por meio de intervenções eficazes e acessíveis". Assim, a política busca respeitar as escolhas individuais, oferecendo alternativas que visem à proteção e ao cuidado.

A redução de danos pode ser operacionalizada por meio de estratégias com foco no acolhimento e na redução do estigma associado à doença, entrega direta de medicamentos em locais estratégicos, minimizando a interrupção do tratamento e facilitando a adesão, educação em saúde, voltada para a conscientização sobre os sintomas, formas de transmissão e importância da adesão ao tratamento, adaptada

às necessidades culturais e linguísticas da população local, parcerias comunitárias, com organizações locais para reforçar a rede de apoio social e oferecer suporte adicional às pessoas em tratamento. Aplicar as Ações Específicas para Redução de Danos como substituição de substâncias quando possível, oferecer alternativas menos prejudiciais como por exemplo, metadona para usuários de opioides, atenção à alimentação e hidratação fornecendo suporte nutricional, essencial para o sucesso do tratamento da tuberculose, especialmente em usuários crônicos de álcool, apoio ao manejo do uso de substâncias realizando intervenções motivacionais e terapias breves para reduzir o consumo prejudicial de álcool e drogas durante o tratamento.

A conclusão do tratamento de pacientes com tuberculose, especialmente aqueles que são usuários de álcool e/ou drogas, depende de uma abordagem multidisciplinar que envolva não apenas o cuidado médico, mas também o suporte da rede familiar e da rede de apoio. A tuberculose, uma doença que exige um tratamento prolongado e rigoroso, pode ser agravada pelo uso de substâncias psicoativas, que comprometem a adesão ao tratamento e a recuperação do paciente. Nesse contexto, a rede familiar e de apoio tem um papel fundamental, oferecendo suporte emocional, social e logístico, além de contribuir para o acompanhamento diário do tratamento e a prevenção de recaídas.

A rede familiar é a base de um suporte contínuo e seguro, sendo essencial para garantir a continuidade do tratamento e a manutenção de hábitos saudáveis. O apoio da família pode promover um ambiente de acolhimento e confiança, crucial para que o paciente se sinta encorajado a enfrentar os desafios do tratamento. Já a rede de apoio, composta por profissionais de saúde, organizações sociais e grupos de apoio, amplia essa assistência, oferecendo recursos e estratégias específicas para lidar com as dificuldades enfrentadas pelo paciente no processo de cura.

Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a importância de envolver esses sistemas de apoio no tratamento de pacientes com tuberculose e com histórico de dependência de substâncias. O trabalho conjunto da equipe de saúde, família e rede de apoio pode ser determinante para o sucesso do tratamento, promovendo uma recuperação mais eficaz e prevenindo complicações. A integração dessas redes é essencial para garantir não apenas a cura da tuberculose, mas

também a reabilitação completa do paciente, favorecendo sua reintegração social e melhora na qualidade de vida.

Por fim, o compromisso com a redução de danos, alinhado às políticas públicas de saúde, representa uma abordagem ética e pragmática para enfrentar a tuberculose, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade. As intervenções sugeridas buscam não apenas melhorar os indicadores epidemiológicos, mas também promover equidade no acesso aos cuidados de saúde, assegurando que cada indivíduo receba o suporte necessário para alcançar o desfecho mais favorável possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ahmad, N. et al. Eficácia da terapia diretamente observada para reduzir a resistência aos medicamentos para tuberculose. *BMC Doenças Infecciosas*, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

Ayres, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade, direitos humanos e necessidades abrangentes de cuidados de saúde dos jovens que vivem com HIV/AIDS. *Revista Americana de Saúde Pública*, v. 93, n. 6, p. 948-950, 2003.

Barreira, D. et al. Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (Brasil): agrupamento espaço-temporal de novos casos e identificação de áreas prioritárias para intervenções de controle. *BMC Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 996, 2018.

Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. Epidemiologia básica. 2. ed. Organização Mundial da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-tuberculose-2020>. Acesso em:

15 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Políticas Públicas para o Tratamento de Dependências. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dependencia>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica: documento de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2012.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/tuberculose>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Creswell, J. W. Desenho de pesquisa: abordagens qualitativas, quantitativas e de métodos mistos. 4. ed. Sage, 2014.

Dheda, K. et al. Impacto global da pandemia de COVID-19 no controle da tuberculose: uma perspectiva de saúde global. *The Lancet Doenças Infecciosas*, v. 21, n. 10, p. e110-e119, 2021.

Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W.; Wagner, E. H. Epidemiologia clínica: O essencial. 5. ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2018.

Giovanella, L. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MvZsbBCZXwHg5qYjQ8ZDPZj/?lang=en>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Gordis, L. Epidemiologia. 5. ed. Elsevier, 2014.

Kritski, A., Andrade, K. B., Galliez, R. M., Maciel, E. L. N., Cordeiro-Santos, M., Miranda, S. S., Villa, T. S., Ruffino Netto, A., Arakaki-Sánchez, D., & Croda, J. Tuberculose: desafio renovado no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 51, n. 1, p. 2-6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/rgLQdtPmBRcdD5t7h9cYRWS/?lang=en>. Acesso em: 22 maio 2024.

Lawn, S. D.; Zumla, A. I. Tuberculosis. *Lancet*, v. 378, n. 9785, p. 57-72, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62173-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21420161/>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Levy, P. S.; Lemeshow, S. Amostragem de populações: métodos e aplicações. 4. ed. Wiley, 2013.

Maciel, E. L. N., et al. A Estratégia Saúde da Família e o enfrentamento da tuberculose no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 16, n. 43, p. 2710, 2021.

Maciel, E. L. N.; Reis-Santos, B. Determinantes da tuberculose. *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 28-34, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/28-34>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Macinko, J.; Guanais, F. C.; de Souza, M. A. M. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família na mortalidade infantil no Brasil, 1990–2002. *Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária*, v. 60, p. 13-19, 2006.

McQuaid, C. F., et al. O impacto potencial da interrupção relacionada ao COVID-19 na carga da tuberculose. *Jornal Respiratório Europeu*, v. 56, n. 5, p. 2001718, 2021.

Melo, D. A., et al. Epidemiologia da tuberculose no Rio de Janeiro: uma análise espaço-temporal de 2006 a 2015. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, v. 23, n. 4, p. 441-447, 2019.

Melo, G. C., et al. Impacto da pandemia de COVID-19 no controle da tuberculose no Brasil: Estudo de caso no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, p. e210024, 2021.

Migliori, G. B., et al. Evolução das definições programáticas usadas na prevenção e tratamento da tuberculose. *Doenças Infecciosas Clínicas*, v. 70, n. 9, p. 1981-1988, 2020.

Narasimhan, P., et al. Disparidades socioeconômicas e tuberculose: desafios durante a pandemia de COVID-19. *Ciências Sociais e Medicina*, v. 293, p. 114674, 2022.

Neuman, W. L. Métodos de pesquisa social: abordagens qualitativas e quantitativas. 7. ed. Pearson, 2014.

Nogueira, J. A., et al. Vulnerabilidades sociais e a tuberculose no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2699-2708, 2017.

OPAS/OMS Brasil. Campanhas de Sensibilização sobre Tuberculose. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas>. Acesso em: 15 abr. 2024.

Pai, M., et al. Controle da tuberculose na era COVID-19: uma necessidade renovada de ação. *Medicina da Natureza*, v. 27, p. 286-287, 2021.

Volmink, J.; Garner, P. Terapia diretamente observada para o tratamento da tuberculose. *Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas*, v. 4, CD003343, 2007. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003343.pub3/full>